

VOLKSSOLIDARITÄT

Bundesverband e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(16)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
15.10.2010



Volkssolidarität Bundesverband e.V. · Alte Schönhauser Str. 16 · 10119 Berlin

Telefon 030-27897-0

Fax: 030-27593959

E-Mail:

bundesverband@volkssolidaritaet.de

www.volkssolidaritaet.de

An den
Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages
11011 Berlin

Berlin, 15. Oktober 2010

Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V.

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010 zum

a)

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen – Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

(BT-Drs. 17/3040)

b)

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen

(BT-Drs. 17/1238)

Zu a)

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen – Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

(BT-Drs. 17/3040)

I. Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP setzt die in den Eckpunkten der Regierungskoalition vom 6. Juli 2010 präzisierten gesundheitspolitischen Zielstellungen der Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 um. Er verfolgt damit eine – wie auch in der Begründung klargestellt – grundlegende Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die Volkssolidarität anerkennt, dass die GKV mit ernsthaften Finanzierungsproblemen konfrontiert ist, für die Lösungen gefunden werden müssen, damit auch in Zukunft eine gute gesundheitliche Versorgung für alle Versicherten gewährleistet werden kann. Dazu ist eine realistische Bewertung der Ursachen für die schwierige Finanzsituation der GKV notwendig, bevor durch ein Gesetz eine grundlegende Änderung ihrer Finanzierungsgrundlagen herbeigeführt wird.

Der Gesetzentwurf spricht jedoch über die Schätzung eines für 2011 zu erwartenden Defizits von 11 Mrd. Euro hinaus lediglich in allgemeiner Form von der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt als Ursachen für anwachsende Kosten in der GKV.

Diese Darstellung wird nicht mit Fakten belegt, sondern als von der Allgemeinheit richtig anerkannte Wertung der Realität vorgegeben. Dieses Vorgehen ist fragwürdig. Es steht in keinem Verhältnis zu den schwerwiegenden Eingriffen in das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach Einschätzung der Volkssolidarität geht es nicht allein darum, eine unterstellte Finanzierungslücke von 11 Milliarden Euro im Jahr 2011 zu schließen, sondern um eine auch auf längere Sicht nachhaltige und solidarische Finanzierung der Gesundheitskosten.

Die Volkssolidarität betrachtet den vorliegenden Gesetzentwurf als ungeeignet, um eine solche nachhaltige und solidarische Finanzierung der Gesundheitskosten auch auf längere Sicht zu realisieren. Sie lehnt insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen zur Beitragserhebung ab.

Für diese Ablehnung wird folgende Begründung angeführt:

Der Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP führt zu einem **Systemwechsel von der bisher dem Grunde nach solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hin zu einem zunehmend allein durch die Patienten und Versicherten getragenen Krankenversicherungsschutz.**

Dieser Systemwechsel ist mit negativen Auswirkungen für die große Mehrheit der gesetzlich Krankenversicherten verbunden. Im Vordergrund stehen dabei folgende Schwerpunkte:

- **Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags und die Ausweitung der Zusatzbeiträge wird der Grundsatz der paritätischen Finanzierung aufgegeben.** Das Prinzip der Beitragsbemessung nach der jeweils individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit wird mit den einkommensunabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeiträgen deutlich abgeschwächt. Faktisch wird der Weg dafür geöffnet, dass sich die Zusatzbeiträge nach und nach zu Kopfpauschalen entwickeln, die nicht nach oben begrenzt sind.

Das Prinzip einer solidarischen Finanzierung wird aufgelöst. Stattdessen soll durch ein marktkonformes Verhalten der Versicherten ein Wettbewerb der Krankenkassen angeregt werden, der sich ausschließlich auf die Höhe der kassenindividuellen Zusatzbeiträge beschränkt. Ein so orientierter Wettbewerb verstärkt die Tendenz hin zu einer Zwei-Klassen-Medizin und trägt nicht zur Lösung der strukturellen Probleme in der gesundheitlichen Versorgung bei.

- **Die Aufgabe der paritätischen Finanzierung ist das Signal an die Arbeitgeberseite, dass sie zukünftig für die Entwicklung der Gesundheitskosten und gesundheitsfördernde Strukturen nicht mehr mitverantwortlich ist.** Damit entfallen wichtige Anreize für die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen und die Gesundheitsvorsorge in den Unternehmen.
- **Der künftig aus Steuermitteln zu finanzierende soziale Ausgleich wird in vielen Fällen nicht zielgenau sein und die insgesamt stärkere Belastung der gesetzlich Versicherten unzureichend kompensieren,** weil er sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht an den realen Mehrkosten für die Versicherten orientiert. Die Folge ist, dass die künftigen Belastungen für die gesetzlich Versicherten deutlich anwachsen und sich die bereits bestehenden sozialen Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung weiter verschärfen.
- **Die Wirksamkeit des sozialen Ausgleichs wird maßgeblich von der Finanzlage des Bundeshaushalts bestimmt,** für den die Einhaltung der im Grundgesetz verankerten „Schuldenbremse“ Vorrang hat. Damit sind für die künftige Gestaltung des sozialen Ausgleichs erhebliche Unwägbarkeiten verbunden.

Im Übrigen ist dem Gesetzentwurf zu entnehmen, dass der soziale Ausgleich bis 2015 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden soll, d. h. nicht ausschließlich aus Steuermitteln. Somit werden die Versicherten, die selbst keinen

Anspruch auf den sozialen Ausgleich haben, mit ihren Beiträgen an dessen Finanzierung mit beteiligt. Die Folge sind schneller steigende Zusatzbeiträge.

- **Für die Versicherten wird das im Gesetzentwurf vorgesehene System** aus einkommensabhängigem Beitrag, einkommensunabhängigem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und sozialem Ausgleich auf Basis des durchschnittlichen Zusatzbeitrags **künftig noch komplexer als bisher und damit schwieriger überschaubar**. Diese Umstellung auf eine dem Grunde nach verbraucherunfreundliche Systematik der Beitragserhebung setzt den „mündigen Kunden“ voraus. Diese Voraussetzung ist jedoch vor allem bei sozial besonders benachteiligten Gruppen, vielen kranken und älteren Menschen nicht unbedingt gegeben. Dies erhöht den Bedarf für soziale Beratung, ohne dass dafür ausreichende Voraussetzungen vorhanden sind, z. B. durch ein flächendeckendes, regelfinanziertes Netz einer bundesweiten unabhängigen Patientenberatung.
- **Die Trennung zwischen GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) wird aufrecht erhalten und sogar zugunsten der PKV reguliert**. Die Erleichterung des Wechsels von GKV-Versicherten mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze in die PKV ab 2011 entzieht den gesetzlichen Krankenkassen Finanzmittel. Die Folge ist, dass die gesetzlich Versicherten die Flucht der Besserverdienenden aus dem Solidarsystem der GKV mit ihren Beiträgen wieder ausgleichen müssen. Da der Beitragssatz festgeschrieben werden soll, kann dies nur über höhere Zusatzbeiträge der gesetzlich Versicherten erfolgen.
- **Die Schwächung des Solidarcharakters der GKV und die Einführung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen läuft darauf hinaus, in der GKV verstärkt Elemente des für die PKV typischen Versicherungsprinzips zu verankern**. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verstärkt gezwungen, die individuellen Gesundheits-Risiken ihrer Mitglieder in der Preiskalkulation und bei der Gestaltung ihrer freiwilligen Leistungen zu berücksichtigen. Eine solche Risikoselektion verschärft soziale Ungleichheiten und wirkt kontraproduktiv für die gesundheitliche Prävention.

Zu den vorgesehenen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Einsparungen von ca. 1,3 Mrd. Euro im Ausgabenbereich sollen helfen, ein erwartetes Defizit von bis zu 11 Mrd. Euro im Jahre 2011 zu verhindern. Hinzu kommen Einsparungen aus dem bereits beschlossenen „Arzneimittelsparpaket“ in Höhe von 2,2 Mrd. Euro. Von daher ist es zu begrüßen, dass auch Pharmaindustrie und Leistungserbringer einen Beitrag zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs leisten müssen und – im Unterschied zu früheren „Gesundheitsreformen“ – keine direkten Leistungskürzungen vorgesehen sind.

Gemessen an der höheren Belastung der Versicherten durch die Beitragserhöhung von 14,9 auf 15,5 Prozent ab 1. Januar 2011, von der 8,2 Prozent auf die Versicherten entfallen, und die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge können diese Sparmaßnahmen jedoch nicht die soziale Schieflage verdecken, die für den Gesetzentwurf insgesamt kennzeichnend ist.

Die *Einsparungen im Arzneimittelbereich* sind ein erster richtiger Schritt, um die ausufernde Preisentwicklung, insbesondere bei patentgeschützten Medikamenten, einzudämmen. Sie dürfen jedoch nicht durch eine Aufweichung einer strengeren Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Medikamente infrage gestellt werden. Ferner werden von Gesundheitsexperten deutlich größere Einsparpotentiale für möglich gehalten, die allerdings erst über einen längeren Zeitraum realisierbar erscheinen. Notwendig wäre eine stärkere Regulierung des Arzneimittelmarktes bis hin zur Einführung einer Positivliste.

Die *Einsparungen im Krankenhausbereich* sind aus Sicht der Volkssolidarität problematisch, insbesondere wenn sie zu Reduzierungen im Personalbereich führen und damit zu einer Absenkung im Versorgungsniveau. Noch immer fehlt in vielen Krankenhäusern ausreichendes Pflegepersonal. Diese Situation darf nicht weiter zugespitzt werden. Dabei ist auch zu

berücksichtigen, dass neue Versorgungserfordernisse, wie z. B. der Ausbau der geriatrischen Versorgung, nicht behindert werden sollten.

Nachdem die *Arzthonorare für niedergelassene Vertragsärzte im ambulanten Bereich* im Jahre 2009 um 1,8 Milliarden Euro erhöht wurden, ist eine Begrenzung des Zuwachses der Honorare unzureichend, um den Erfordernissen zu entsprechen, den Kostenanstieg abzubremsen. Eine Nullrunde bei den Honoraren wäre angesichts der deutlichen Verbesserungen im Jahre 2009 angemessen. Allerdings sollte es auch keine – wie z. B. vom Spitzenverband der Krankenkassen gefordert – Kürzungen der Arzthonorare geben, weil dadurch die in den neuen Bundesländern angesichts einer schwierigen Versorgungssituation notwendigen Verbesserungen wieder in Frage gestellt würden.

Die Volkssolidarität kritisiert, dass der Gesetzentwurf auf Einnahmemöglichkeiten verzichtet, die auch den höheren Einkommensbezieher einen größeren Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitskosten abverlangen, z. B. durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und eine Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich. Stattdessen ist für 2011 sogar eine Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 Euro auf 3.712,50 Euro monatlich vorgesehen.

Zur Schwächung des Sachleistungsprinzips durch Öffnung für die Kostenerstattung

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens sollen offenbar über Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und FDP im GKV-Finanzierungs-Gesetz zusätzliche Möglichkeiten für die Anwendung des Prinzips der Kostenerstattung geschaffen werden. Dazu soll der § 13 (Kostenerstattung) und § 53 (Wahltarife) SGB V entsprechend geändert werden (siehe Ausschuss-Drucksache 17(14)0072 vom 05.10.2010).

Die Volkssolidarität wendet sich entschieden dagegen, die Kostenerstattung zu Lasten des Sachleistungsprinzips auszuweiten. Es gehört bislang zum Solidarcharakter der GKV, dass die Versicherten für ihre ärztliche Behandlung nicht mit Barbezahlung der Leistung einstehen müssen. Dieses Prinzip wird bereits heute durch Wahltarife mit Kostenerstattung unterlaufen und durch die Festbetragsregelungen bei Zahnersatz und Hilfsmitteln ausgehöhlt.

Diese Entwicklung darf nicht weiter Raum greifen, da sie für die überwiegende Mehrheit der Versicherten mit erheblichen Nachteilen verbunden ist. Wer in „Vorkasse“ gehen soll, muss sich dies erst einmal leisten können. Niedrigverdiener, Arbeitslose und Kleinrentner können dies in der Regel nicht. Selbst für Durchschnittseinkommen entstehen unzumutbare Belastungen. Damit besteht die Gefahr, dass viele Versicherte auf ärztliche Leistungen verzichten müssen und durch die Nichtbehandlung von Erkrankungen eine massive Unterversorgung mit hohen Folgekosten entsteht. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass die verauslagten Kosten von den Kassen nicht vollständig bzw. mit Abschlägen erstattet werden, so dass die Versicherten auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben.

Letztlich würde auch das Arzt-Patienten-Verhältnis erheblich belastet, wenn durch die Kostenerstattung eine bereits heute im Ansatz zu verzeichnende Beziehung zwischen dem Arzt als Verkäufer und dem Patienten als Kunden fest etabliert würde.

Die Kostenerstattung soll zwar auch weiterhin nur auf Wunsch des Versicherten Anwendung finden. Der Druck interessierter Verbände der Ärzteschaft lässt jedoch befürchten, dass durch entsprechende gesetzliche Änderungen das Sachleistungsprinzip früher oder später vollständig durch die Kostenerstattung ersetzt werden soll.

II. Zu ausgewählten Einzelfragen des Gesetzentwurfs

1. Anhebung des Beitragssatzes der GKV (Art. 1, Nr. 17 - § 241 SGB V neu)

Der allgemeine Beitragssatz soll ab 01. Januar 2011 von 14,9 auf 15,5 Prozentpunkte angehoben werden. Somit haben die Arbeitgeberseite und die Arbeitnehmerseite (einschließlich Rentner) jeweils 0,3 Prozentpunkte mehr als heute zu tragen. Da der Sonderbeitrag für die Arbeitnehmer (einschließlich Rentner) von 0,9 Prozent beibehalten wird, steigt Ihr Beitrag von heute 7,9 auf dann 8,2 Prozentpunkte an. Der Beitrag der Arbeitgeber

erhöht sich von heute 7,0 auf dann 7,3 Prozentpunkte. Gleichzeitig wird dieser Beitragssatz dauerhaft gesetzlich festgeschrieben und auch künftig nicht erhöht.

Die Anhebung des Beitragssatzes wird damit begründet, dass die 2009 im Rahmen des Konjunkturpakets erfolgte zeitweilige Absenkung des Beitragssatzes von 15,5 auf 14,9 Prozent wegen der wieder günstigeren Wirtschaftsentwicklung und angesichts des für 2011 zu erwartenden Defizits in der GKV nicht mehr gerechtfertigt sei.

Bewertung

Das eigentliche Problem ist weniger die Anhebung des Beitragssatzes auf das Niveau des 1. Halbjahrs 2009, sondern die damit verbundene dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberanteils bei 7,3 Prozent. Die Volkssolidarität lehnt diesen Schritt entschieden ab. Denn damit wird nicht nur die paritätische Finanzierung in der GKV aufgegeben, sondern die Grundlage dafür gelegt, dass allein die Versicherten künftig über wachsende Zusatzbeiträge die Kostensteigerungen im GKV-Bereich bezahlen müssen.

Die gesetzlich Versicherten tragen bereits heute ca. 60 Prozent der Gesundheitskosten, während auf die Arbeitgeberseite nur noch ca. 40 Prozent entfallen. Diese Entwicklung ist besonders besorgniserregend, wenn man bedenkt, dass die Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren durchschnittlich bei mehr als vier Prozent lagen und sich angesichts von stagnierenden Realeinkommen der Beschäftigten und zu erwartenden „Nullrunden“ bei den Renten eine Schere öffnet, bei der die Belastungen für die Versicherten ins Uferlose zu wachsen drohen und einen größer werdenden Personenkreis in existentielle Nöte drängen (bzw. in eine Vermeidungsstrategie, die gesundheitliche Unterversorgung begünstigt).

Die Anhebung des Beitragssatzes für Arbeitgeber und Arbeitnehmer erscheint zwar auf den ersten Blick gerecht, weil jeweils ein gleicher Anteil von 0,3 Prozentpunkten mehr zu tragen ist.

Tatsächlich ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) betroffen ist. So entstehen für die gesetzliche Rentenversicherung Mehrkosten von 660 Mio. Euro, die von der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherung aufgebracht werden müssen, d. h. von Rentnerinnen und Rentnern. Im Zusammenhang mit dem „Sparpaket“ der Bundesregierung, das der gesetzlichen Rentenversicherung jährlich über 2 Mrd. Euro (1,8 Mrd. Euro durch Streichung der Rentenversicherungsbeiträge für ALG-II-Bezieher sowie 0,3 Mrd. Erstattungen für Rentenauffüllbeträge etc.) entzieht, ist dieser weitere „Verschiebeparkplatz“ besonders kritikwürdig.

Zugleich wird damit deutlich, dass der Beitrag von Arbeitnehmern und Rentnern insgesamt deutlich höher ausfällt als der der Arbeitgeber. Bei dieser Schieflage kann von Gerechtigkeit keine Rede sein.

2. Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag (Art. 1, Nr. 18 - § 242 SGB V)

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 eingeführten Zusatzbeiträge, die seit dem 1. Januar 2009 erhoben werden dürfen, können ab 01.01.2011 von den Krankenkassen ohne die bisher geltende Begrenzung auf ein Prozent des Bruttoeinkommens („Überforderungsgrenze“)¹ pauschal und in beliebiger Höhe erhoben werden, wenn sich für die jeweilige Kasse eine defizitäre Lage ergibt.

Ab einer Belastung von mehr als zwei Prozent des Bruttoeinkommens (bzw. der Bruttorente) soll nunmehr nach § 242b SGB V „Sozialausgleich“ ein sozialer Ausgleich anhand eines durchschnittlichen Zusatzbeitrags vorgenommen werden, der jährlich zu ermitteln ist. Wenn dieser fiktive Zusatzbeitrag zwei Prozent des Bruttoeinkommens übersteigt, soll die Differenz über entsprechend abgesenkte Beiträge der Arbeitnehmer (bzw. der Rentner) ausgeglichen werden.

¹ maximal bis zu einem Betrag von 37,50 Euro, d.h. einem Prozent der im Jahre 2010 bei 3.750 Euro liegenden Versicherungspflichtgrenze

Bewertung

Die Erhebung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge stellt faktisch die Einführung eines Kopfpauschalensystems dar. Die Volkssolidarität lehnt diesen Schritt als grundlegenden Bruch mit dem Solidarprinzip der GKV ab.

Mit den Zusatzbeiträgen erhöht sich erst einmal die Belastung für untere und mittlere Einkommensbezieher, die zu einer realen Kürzung der Netto-Einkommen führt. Denn zu dem regulären Beitrag von 8,2 Prozent kommt über den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag für alle GKV-Versicherten eine Belastung von 2 Prozent hinzu, so dass letztlich 10,2 Prozent des Bruttoeinkommens zu tragen sind, bevor ggf. der „Sozialausgleich“ greift.

Zwar ist damit zu rechnen, dass die Zusatzbeiträge im Jahre 2011 noch relativ niedrig liegen und noch nicht von allen Krankenkassen erhoben werden, weil das Defizit durch die Beitragssatzanhebung (6 Mrd. Euro), die Einsparungen (3,5 Mrd. Euro) und einen Steuerzuschuss (2 Mrd. Euro) ausgeglichen werden soll. In den Folgejahren können die Zusatzbeiträge jedoch erheblich anwachsen.

Die Beispiele der Schweiz und der Niederlande zeigen, dass dort nach Einführung von Gesundheitsprämien bzw. Kopfpauschalen ein erheblicher Anteil der Bevölkerung bereits auf staatliche Zuschüsse angewiesen ist, um die Gesundheitskosten überhaupt noch tragen zu können. Es ist nicht nachvollziehbar, dass dieser in sozialpolitischer Hinsicht bedenklichen Entwicklung nunmehr auch im deutschen Gesundheitssystem der Weg geebnet werden soll.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen ist nicht das Resultat „unvermeidbarer, über die Einnahmeentwicklung hinausgehender Ausgabensteigerungen“, sondern die Folge einer gewollten künstlichen Unterdeckung in der Finanzierung des Gesundheitsfonds, die darauf abzielt, den Beitragssatz zur Begrenzung von „Lohnnebenkosten“ zu deckeln.

Zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen muss daher eine ausreichende Finanzierung des Gesundheitsfonds gewährleistet werden, die sich auf eine volle paritätische Tragung der Beitragslast durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gründet. Ergänzend sind weitere Maßnahmen erforderlich, um die Einnahmesituation der GKV gerechter und stabiler zu gestalten (siehe Ausführungen unter III.).

3. Sozialausgleich (Art. 1, Nr. 19 - §§ 242a und 242b SGB V)

Der nach § 242a jährlich zu ermittelnde „Durchschnittliche Zusatzbeitrag“ soll als Referenz für den Sozialausgleich nach § 242b dienen. Er ist jährlich zum 1. November eines jeden Jahres als Euro-Betrag für das Folgejahr zu ermitteln und durch das Bundesgesundheitsministerium im „Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ festzulegen. Dabei wird eine unterjährige Anpassung oder nachträgliche Korrektur ausgeschlossen.

Bewertung

Die Volkssolidarität bewertet den sozialen Ausgleich als weder zielgenau noch gerecht, sondern als Fortsetzung des Irrwegs, der mit der Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge eingeschlagen wird.

Die vorgesehene Funktionsweise des sozialen Ausgleichs bedeutet keineswegs, dass damit die Belastung durch Zusatzbeiträge auf zwei Prozent des individuellen Einkommens begrenzt wird. Sie kann im Einzelfall auch deutlich höher ausfallen, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag den durchschnittlichen Zusatzbeitrag übersteigt und somit gerade die Bezieher von niedrigen Einkommen und Renten überdurchschnittlich belastet.

Offensichtlich soll damit ein Druck auf die Versicherten erzeugt werden, ihre bisherige Krankenkasse gegen eine Kasse zu wechseln, die einen niedrigeren Zusatzbeitrag erhebt. Für viele Versicherte, vor allem Kranke und Ältere, dürften damit Überforderungen hinsichtlich der Orientierung am komplexen Krankenkassenangebot entstehen. Hinzu kommen Konflikte, wenn Unsicherheiten bestehen, ob bei einer neuen Kasse die eventuell für den individuellen Gesundheitsbedarf erforderlichen Leistungen genutzt werden können. Das Setzen auf den

„Preiswettbewerb“ ignoriert, dass für viele Versicherte auch das Vertrauensverhältnis zu ihrer Kasse und spezifische Leistungsangebote wichtig sind und nicht allein die Kosten.

Der soziale Ausgleich ist mit zahlreichen Unwägbarkeiten für die gesetzlich Versicherten, mit weniger Transparenz sowie mit mehr bürokratischem Aufwand für Arbeitgeber und für die Rentenversicherungsträger behaftet.

So deutet die im § 242a, Absatz 2, enthaltene Festlegung, dass die jährliche Bestimmung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium erfolgen soll, auf einen Entscheidungsprozess je nach Kassenlage hin. Offenbar ist damit zu rechnen, dass der Sozialausgleich nicht nach Bedarf erfolgt, sondern der im Grundgesetz verankerten „Schuldenbremse“ nachgeordnet wird. Unter diesem Aspekt steht auch die Frage, wie lange die jetzt vorgesehene 2-prozentige Belastungsgrenze von Bestand sein wird.

Es kommt hinzu, dass eine neue Fürsorge-Abhängigkeit entsteht, wenn eine wachsende Anzahl von Menschen auf den sozialen Ausgleich angewiesen ist. Der „automatische Ausgleich“ macht diese Abhängigkeit nur weniger sichtbar. Es ist damit zu rechnen, dass davon auch nicht wenige Menschen betroffen sein werden, die heute noch weit entfernt davon sind, von einer Grundsicherung leben zu müssen, d. h. also auch solche, die sich selbst als zu den Mittelschichten zugehörig betrachten.

4. Sozialer Ausgleich für Arbeitslose und Bezieher von Grundsicherung (Art. 1, Nr. 17 - § 242 (4-5) und Nr. 19 - § 242b(1) SGB V)

Der soziale Ausgleich bei Leistungsberechtigten nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung bei Arbeitslosigkeit) soll grundsätzlich so erfolgen, dass die zuständigen Leistungsträger für ihre GKV-Mitglieder den durchschnittlichen Zusatzbeitrag abführen.

Von der Erhebung des Zusatzbeitrags ausgenommen sind bestimmte Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld und vergleichbare Entgeltersatzleistungen), Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Menschen mit Behinderungen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, sowie Auszubildende, deren Berufsausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung nach den §§ 242 ff. SGB III gefördert wird. Kein Zusatzbeitrag wird von Versicherten erhoben, die allein zur Berufsausbildung beschäftigt sind und ein Arbeitsentgelt erzielen, das auf den Monat bezogen 325 Euro nicht übersteigt. Dies gilt auch für Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes (JFDG) leisten, ebenso wie für Wehrdienst- und Zivildienstleistende.

Nicht ausgenommen von der Erhebung von Zusatzbeiträgen sind hingegen Bezieher von Arbeitslosengeld I, bei denen als Bezugsbasis für den Sozialausgleich 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden sollen.

Bewertung

Die Übernahme der Zusatzbeiträge für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II liegt im Interesse des betroffenen Personenkreises, da ihre ohnehin zu gering bemessenen Regelleistungen keine Zahlung von Zusatzbeiträgen ermöglichen. Grundsätzlich sind auch die getroffenen Ausnahmeregelungen für weitere Gruppen zu befürworten.

Da die Beiträge für die im § 242 (4-5) genannten Personenkreise durch die jeweiligen Leistungsträger getragen werden sollen, entstehen bei ihnen zusätzliche Belastungen, so z. B. für die Bundesagentur für Arbeit von 120 Mio. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum selbst dann ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II abgeführt werden soll, wenn die zuständige Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt. Eine stichhaltige Begründung für diese Regelung wird im Gesetzentwurf nicht gegeben. Im Ergebnis kommt es dazu, dass von der Bundesagentur für Arbeit ohne eine plausible Begründung Zusatzbeiträge mitfinanziert werden müssen. Es wäre nicht tragbar, wenn es hier zu einer Fehlverwendung von Beitrags- oder Steuermitteln käme.

Die vorgesehene Regelung für Bezieher von Arbeitslosengeld I ist angesichts der bundesweiten durchschnittlichen monatlichen Anspruchshöhe von 783 Euro (laut Monatsbericht September 2010 der Bundesagentur für Arbeit) ausgesprochen problematisch. Dies gilt insbesondere für Arbeitslose mit einem nur durchschnittlichen oder sogar niedrigeren Arbeitslosengeld I, bei denen eine Mehrbelastung durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge über den Sozialausgleich nicht vollständig ausgeglichen wird.

Unklar bleibt, ob die Tragung der Zusatzbeiträge für Bezieher von Leistungen nach SGB XII (Sozialhilfe / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) mit der Regelung nach § 32 (4) SGB XII (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung) ausreichend gewährleistet ist, da hier auf die ab dem 1. Januar 2009 geltende Fassung des § 242 SGB V Bezug genommen wird, die sich auf die alte Zusatzbeitrags-Regelung bezieht.

Hier ist ggf. eine Klarstellung im SGB XII erforderlich, die für Bezieher von Sozialhilfe und von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung die Übernahme der Zusatzbeiträge durch die zuständigen Leistungsträger gewährleistet. Ohne eine solche Klarstellung ist zu befürchten, dass die derzeit über 800.000 Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht ausreichend gegen die Erhebung von Zusatzbeiträgen abgesichert sind.

Zugleich sollte im SGB V ausdrücklich sichergestellt werden, dass Bezieher von Leistungen der Grundsicherung nach SGB II und XII auch von der Zahlung des Differenzbetrags zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag freigestellt sind, sofern der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher liegt als der durchschnittliche Zusatzbeitrag.

5. Verspätungszuschlag (Art. 1, Nr. 18 - § 242 (6) SGB V)

Mit dem Verspätungszuschlag sollen GKV-Versicherte sanktioniert werden, die insgesamt für mindestens sechs Monate ihre Zusatzbeiträge nicht entrichtet haben. Dieser „Verspätungszuschlag“ soll mindestens 30 Euro und höchstens die Summe von drei Zusatzbeiträgen betragen. Erst wenn „eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen ist“, besteht für den GKV-Versicherten wieder ein Anspruch auf Sozialausgleich, sofern die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

Bewertung

Die Volkssolidarität wendet sich gegen die Einführung eines „Verspätungszuschlags“. Das Anliegen, stabile Einnahmen für die Krankenkassen zu sichern, wird primär durch die Einführung von einkommensunabhängigen, direkt von den Versicherten durch die Kassen zu erhebenden Zusatzbeiträgen in Frage gestellt. Das Scheitern des 1998 vom damaligen Bundesgesundheitsminister Seehofer verordneten „Krankenhaus-Notopfers“ sowie die Tatsache, dass aktuell etwa eine Million der acht Millionen zu einer Zusatzbeitrags-Zahlung verpflichteten GKV-Versicherten diese nicht entrichten, sollte Anlass genug sein, diesen falschen Weg nicht zu beschreiten.

Da der soziale Ausgleich nur unzureichend die realen Belastungen für die Versicherten mit niedrigen Einkommen kompensiert, ist damit zu rechnen, dass die Verspätungszuschläge vor allem diejenigen treffen, die sich ohnehin bereits in schwierigen Lebenslagen befinden. Angesichts von 6,2 Mio. Haushalten, bei denen 2009 eine private Überschuldung zu verzeichnen war (nach Angaben von CREDITREFORM), ist auch von daher fraglich ob der „besondere Säumniszuschlag“ das richtige Instrument ist, um für die Kassen Einnahmesicherheit zu gewährleisten.

Somit ist zu erwarten, dass der „Verspätungszuschlag“ ein zusätzliches Forderungsmanagement bei den Kassen notwendig macht und ihren bürokratischen Aufwand weiter erhöht, obwohl sie gleichzeitig ihre Verwaltungskosten auf dem Stand des Jahres 2010 einfrieren sollen.

6. Durchführung des Sozialausgleichs im Jahre 2011 (Art. 1, Nr. 19 - § 242b (7) SGB V)

Nach dieser Regelung soll ein eventuell erforderlicher Sozialausgleich für das Jahr 2011 von der zuständigen Krankenkasse bis zum 30. Juni 2012 durchgeführt werden. Dabei wird aus

der Begründung deutlich, dass auf Grund der „finanzstabilisierenden Maßnahmen der Bundesregierung“ ein Anspruch auf den Sozialausgleich als „unerwarteter Fall“ bewertet wird.

Bewertung

Aus Sicht der Volkssolidarität ist diese Regelung abzulehnen, da sie für die GKV-Versicherten zu einer zusätzlichen Verunsicherung führt und im Einzelfall auch in Notsituationen.

Die Erwartungen der Bundesregierung mögen durchaus berechtigt sein. Tatsache ist jedoch, dass im Herbst 2010 etwa 8 Mio. GKV-Versicherte bereits Zusatzbeiträge nach der alten Regelung zahlen. Wenn gesetzlich geregelt wird, dass Zusatzbeiträge ab 01.01.2011 erhoben werden können, ist einzufordern, dass auch der soziale Ausgleich von diesem Zeitpunkt an vollständig greift. Ansonsten würden diejenigen GKV-Mitglieder, die einen Anspruch auf sozialen Ausgleich geltend machen können, de facto in „Vorkasse“ gehen müssen falls ihre Kasse doch Zusatzbeiträge erhebt. Dies ist nicht akzeptabel.

7. Leistungen des Bundes zur Finanzierung des Sozialausgleichs (Art. 1, Nr. 16 - § 221b SGB V)

Der Sozialausgleich soll nach § 272 Absatz 2-neu aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Während dafür im Jahre 2011 durch einen Bundeszuschuss zusätzliche Mittel in Höhe von 2 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt werden, soll im Jahre 2014 die Höhe der ab 2015 bereit gestellten Bundesmittel festgelegt werden.

Aus dem Gesetzentwurf geht jedoch nicht hervor, wie der soziale Ausgleich im Zeitraum 2012 bis einschließlich 2014 mit Bundesmitteln unterstützt werden soll.

Bewertung

Die Volkssolidarität betrachtet die künftige Finanzierung des Sozialausgleichs mittel- und langfristig als unsicher.

Nach Angaben der Bundesregierung (siehe BT-Drucksache 17/3128 vom 01.10.2010) wurde im Jahre 2009 aufgrund der krisenbedingten Einnahmeausfälle keine Liquiditätsreserve gebildet, für 2010 ist noch unklar, wie sich die Lage darstellt. Somit fließen ab 2011 lediglich die 2 Mrd. Euro aus Bundesmitteln in die Liquiditätsreserve ein, während die Entwicklung für die Jahre 2012 bis 2014 unsicher bleibt und in hohem Maße davon abhängen wird, ob der Bund erneut Mittel zur Verfügung stellt (was eher unwahrscheinlich sein dürfte) oder sich der weitere Aufbau der Liquiditätsreserve allein auf die von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängenden Einnahmesituation der GKV stützt. Somit besteht die Gefahr, dass die Finanzierung des Sozialausgleichs über die Liquiditätsreserve nicht in dem erforderlichen Umfang eintritt.

Die Verlässlichkeit der Politik bei der Finanzierung sozialer Ausgaben aus Steuermitteln darf angezweifelt werden, wie z. B. die Streichung der Rentenbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II im Rahmen des „Sparpakets“ der Bundesregierung deutlich macht. Dies gilt erst recht, wenn die Zusatzbeiträge und damit auch die erforderlichen Ausgaben für den sozialen Ausgleich – ähnlich wie dies auch in den Niederlanden und der Schweiz geschieht – anwachsen, gleichzeitig aber wegen der im Grundgesetz verankerten „Schuldenbremse“ die jährliche Verschuldung des Bundeshaushalts von Jahr zu Jahr reduziert werden soll, ohne dass Steuern erhöht werden.

Insofern könnte sich der soziale Ausgleich sehr bald als eine Mogelpackung erweisen, insbesondere wenn 2014 die Entscheidung ansteht, wie der Sozialausgleich ab 2015 mit Steuermitteln finanziert werden soll.

8. Erleichterung des Wechsels von Versicherten in die PKV (Art. 1, Nr. 2 - § 6 SGB V)

Ein Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) soll künftig bereits nach einem einmaligen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2010 = 49.950 Euro) ermöglicht werden. Damit wird die Regelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2007 wieder rückgängig gemacht, nach der ein Wechsel von der GKV in die PKV erst nach dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze erfolgen konnte.

Bewertung

Die Volkssolidarität lehnt diese Regelung ab, da sie der PKV ermöglicht, zu Lasten der Versichertengemeinschaft der gesetzlich Versicherten mehr Besserverdienende für das eigene Geschäft zu gewinnen. Die GKV erleidet dadurch eine finanzielle Einbuße, die im Gesetzentwurf mit jährlich 200 Mio. Euro angegeben und vom Spitzenverband der GKV auf bis zu 400 Mio. Euro geschätzt wird. Die Folge dieser finanziellen Einbuße haben die GKV-Versicherten mit höheren Zusatzbeiträgen zu tragen. Diese Maßnahme setzt somit ein Signal gegen Solidarität.

9. Wettbewerb der Kassen (Begründung des Gesetzentwurfs – Allgemeiner Teil)

Die im Gesetzentwurf mehrfach geäußerte Annahme, mit dem verstärkten Ausbau der Zusatzbeiträge komme es zu einem Wettbewerb der Kassen, der die Kosten senkt, ist mehr als fragwürdig. Kostenunterschiede zwischen den Kassen sind nicht allein betriebswirtschaftlich bedingt, sondern werden maßgeblich durch den sozialen Status, Einkommenslage, Alter und Gesundheitszustand der Mitgliedschaft in der jeweiligen Krankenkasse beeinflusst. Zwar werden diese Faktoren bis zu einem gewissen Grad durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen ausgeglichen.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen erzeugt keineswegs gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen. Vor allem bei Krankenkassen mit einem hohen Anteil von Mitgliedern, die auf den sozialen Ausgleich angewiesen sind, führt der soziale Ausgleich zu Mindereinnahmen, die wiederum eine zusätzliche Erhöhung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge erforderlich machen.

Somit ist es durchaus berechtigt, von der Gefahr eines „zerstörerischen Wettbewerbs“ zu sprechen, der im äußersten Fall auch die Insolvenz von Krankenkassen zur Folge haben kann. Statt eines Preiswettbewerbs sollte es einen Wettbewerb um die besten Lösungen für die gesundheitliche Versorgung der Patienten in hoher Qualität geben.

III. Notwendige Schritte für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung der GKV

Die Volkssolidarität hält es vor dem Hintergrund des mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten Systembruchs mit einer solidarischen Finanzierung der Gesundheitskosten für erforderlich, auf folgende Aspekte in der Finanzsituation der GKV hinzuweisen.

Die GKV hat vor allem ein **Einnahmeproblem**:

- Die Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, also Arbeitseinkommen, bilden die Hauptsäule für ihre Finanzierung. Die Lohnquote, d. h. der Anteil der Lohneinkünfte am Volkseinkommen, ist jedoch seit Jahren rückläufig. Hohe Arbeitslosigkeit, Niedriglöhne, die Umwandlung versicherungspflichtiger Vollzeit- in Teilzeitjobs sowie die massive Etablierung von Minijobs mit abgesenkten Beitragssätzen zur GKV haben daran einen großen Anteil.

Wenn jedoch die Schere zwischen Lohneinkünften und steigenden Gesundheitskosten immer weiter aufgeht, werden die Finanzierungslücken in der GKV – wie übrigens auch in anderen Sicherungssystemen – immer größer.

- Die Beitragseinnahmen auf Arbeitnehmerseite konzentrieren sich vor allem auf kleine und mittlere Verdienste der Beschäftigten. Die höheren Verdienste sind in geringerem Umfang beteiligt – entweder weil sie durch eine zu niedrige Beitragsbemessungsgrenze nicht mehr bei der Beitragserhebung berücksichtigt werden oder weil sie oberhalb der Versicherungspflichtgrenze die Flucht aus dem Solidarsystem GKV in die private Krankenversicherung ermöglichen.
- Die Einkommen aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung tragen nicht zur Finanzierung des Solidarsystems GKV bei – also Einkommensarten, deren Bedeutung im Vergleich zu den Arbeitseinkommen in den letzten Jahren stetig gewachsen ist.

Unter Berücksichtigung dieser Ursachen muss eine nachhaltige und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch folgende Schritte gesichert werden:

Erstens ist eine Rückkehr zur vollen paritätischen Finanzierung der Gesundheitskosten erforderlich.

Würden z. B. Arbeitgeber heute – wie Arbeitnehmer – einen gleichen Beitragsanteil von je 7,9 Prozent tragen, stünden der GKV pro Jahr etwa 10 Milliarden Euro mehr zur Verfügung. Dieser Weg wäre deutlich besser als die ständige Verlagerung der Belastung auf die Versicherten. Im Gegensatz zu den beharrlich wiederholten, aber falschen Behauptungen würde er auch nicht die Position der deutschen Wirtschaft im internationalen Wettbewerb gefährden. Hinzu kommt, dass die paritätische Finanzierung die Arbeitgeberseite wirksam in die Verantwortung für gesunde Arbeitsbedingungen und für die Entwicklung der Gesundheitskosten einbindet.

Zweitens ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf die in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Höhe erforderlich.

Es ist ungerecht, wenn die über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einkünfte von Besserverdienern völlig außen vor bleiben und somit die Finanzierungslast vor allem von den kleinen und mittleren Einkommensbeziehern zu tragen ist. Deshalb Drittens müssen auch in Zukunft Steuermittel zu einem zuverlässigen Krankenversicherungsschutz beitragen. Sie sind vor allem für versicherungsfremde Leistungen einzusetzen, die gesellschaftlich notwendig sind (z. B. die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern), und nicht zur Finanzierung eines sozial ungerechten und untauglichen Kopfpauschalenmodells.

Im Übrigen ist ein sachgerechter Finanzierungsanteil des Bundes an den Gesundheitskosten von Langzeitarbeitslosen anzumahnen. Die unzureichenden Zuweisungen des Bundes für Arbeitslose sind für eine Finanzlücke in der GKV von bis zu 4,8 Milliarden Euro verantwortlich. Diese Lücke muss geschlossen werden.

Viertens ist die strikte Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu überwinden.

Dazu gehören ein einheitlicher Leistungskatalog in GKV und PKV sowie eine einheitliche Vergütung aller ärztlichen Leistungen. Solange die Leistung für einen Privatpatienten im Schnitt um das Zweieinhalbfache besser vergütet wird, wie die gleiche Leistung beim Kassenpatienten, wird es eine Ungleichbehandlung geben. Diese Anreize für eine Zweiklassenmedizin müssen beseitigt werden.

Statt die Abwanderung von Besserverdienern in die private Krankenversicherung zu fördern und dafür die GKV-Versicherten mehr zahlen zu lassen, muss die Flucht aus dem Solidarsystem gestoppt werden. Der wirksamste Schritt wäre, die private Krankenversicherung – so wie in den meisten anderen Ländern Europas auch – auf das Angebot von Zusatzversicherungen zu beschränken. Solange sie jedoch als Vollversicherung fortbesteht, ist ihre Einbeziehung in einen Risikostrukturausgleich notwendig. Es kann nicht sein, dass die gesetzlichen Kassen nahezu allein die gesundheitliche Versorgung für Niedrigverdiener, Arbeitslose und Rentner absichern müssen. Auch aus Sicht der demografischen Herausforderung ist eine Beibehaltung der heutigen Situation nicht zukunftsfähig.

Fünftens sind Schritte in Richtung einer solidarischen Bürgerversicherung erforderlich

Längerfristig sollen alle Bürger und alle Einkommensarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten beitragen. Mit entsprechenden Freibeträgen kann eine Überforderung kleinerer und mittlerer Einkommen vermieden werden. Eine Bürgerversicherung nach dem Grundsatz

Jeder trägt entsprechend seiner individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bei und jeder hat das gleiche Recht auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung

wäre wesentlich gerechter als Kopfpauschalen mit einem schlecht funktionierenden Sozialausgleich. Realistisch wäre eine Absenkung des Beitragssatzes um etwa 2 bis 3 Prozent. Somit würden sowohl die Versicherten als auch die Arbeitgeber entlastet.

Zugleich sieht die Volkssolidarität im Gesundheitsbereich auch **Einsparmöglichkeiten**.

Nicht bei den Patienten, sondern vor allem da, wo viel Geld mit der Gesundheit verdient wird, insbesondere bei Herstellern von Arzneimitteln und Medizingeräten, aber auch bei Leistungserbringern. Eine konsequente Kosten-Nutzen-Bewertung bei Medikamenten, die Vermeidung von Doppelstrukturen und eine bessere Vernetzung von ambulant und stationär müssen dazu beitragen, die Versorgung im Interesse der Patienten zu verbessern und letztlich auch wirtschaftlicher zu gestalten. Wenn solche Effizienz-Reserven nicht ausgeschöpft werden, drohen den Versicherten entsprechende Steigerungen bei ihren Zusatzbeiträgen.

Zu Einsparungen muss auch der Bund beitragen. Die Volkssolidarität setzt sich für einen reduzierten Mehrwertsteuersatz von 7 Prozent bei Arzneimitteln ein. Die GKV könnte durch diesen Schritt um bis zu 3 Milliarden Euro pro Jahr entlastet werden.

Darüber hinaus bestehen wichtige Potentiale in Prävention und Rehabilitation, die heute unzureichend genutzt werden. Dabei sollte z. B. gesundheitliche Prävention nicht auf eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten des Einzelnen reduziert, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und unterstützt werden. Prävention muss auch die Menschen erreichen, die sich in gesellschaftlichen Randlagen befinden – wie z. B. Kinder und Jugendliche in armen Familien, Migrantinnen und Migranten, Langzeitarbeitslose und ältere Menschen mit niedrigen Alterseinkünften. Erhebliche Reserven bestehen auch im Bereich der Arbeitswelt – hinzuweisen ist z. B. auf das besorgniserregende Ansteigen von psychischen Erkrankungen bei Arbeitnehmern.

Die Einsparpotentiale zu nutzen, erfordert die Vereinbarung und Umsetzung von Langzeitstrategien. Dies geht nur in einem Geist der Kooperation, der auf das Wohl der Patienten und Versicherten gerichtet ist und nicht auf die Durchsetzung einer marktradikalen Ausrichtung des Gesundheitswesens als renditeträchtige Wirtschaftsbranche in einem globalisierten Markt.

Zu b)

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen
(BT-Drs. 17/1238)

Die Volkssolidarität begrüßt, dass die Fraktion DIE LINKE mit ihrem Antrag eine Alternative für eine solidarische Finanzierung von Gesundheits- und Pflegekosten aufzeigt. Angesichts des mit dem Gesetzentwurf für ein GKV-Finanzierungsgesetz eingeschlagenen Weges, Solidarprinzipien in der GKV abzubauen, verstärkt marktkonforme Finanzierungs- und Organisationsformen im Gesundheitsbereich einzuführen und diesen Weg als alternativlos darzustellen, ist der Antrag vor allem ein wichtiger gesellschaftspolitischer Beitrag zur Debatte über die Zukunft der sozialen Sicherung in Gesundheit und Pflege.

Die im Feststellungsteil des Antrags getroffenen Bewertungen zur Finanzlage der GKV und zu ihren Ursachen werden von der Volkssolidarität weitgehend geteilt. Unterstützung verdient insbesondere die Feststellung, dass das Solidarsystem der GKV „nicht am Ende“ ist, sondern ausgebaut werden muss.

Die Volkssolidarität hat bereits im Jahre 2004 einen eigenen Vorschlag zur Einführung einer Bürgerversicherung in der GKV beschlossen, der aus heutiger Sicht nach wie vor aktuell ist. Er weist wichtige Übereinstimmungen mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE auf.

Dies gilt insbesondere für Schritte, die durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger sowie durch die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten (speziell aus Vermögenseinkünften, Einkünften aus unternehmerischer Tätigkeit, Vermietung und Verpachtung) eine gerechtere Finanzierung sichern. Dazu gehört auch, dass im Hinblick auf Arbeitseinkommen wieder die volle Parität hergestellt wird.

Zu bedenken ist, dass es bei einer Bürgerversicherung zwar in erster Linie um die Frage einer gerechten und nachhaltigen Finanzierung geht. Für die Legitimation einer Bürgerversicherung ist jedoch auch entscheidend, dass sie dazu beitragen muss, ein hohes Niveau der gesundheitlichen Versorgung für alle Teile der Bevölkerung zu sichern und heute bestehende soziale Ungleichheiten zu beseitigen. Eine Bürgerversicherung muss daher mit entsprechenden strukturellen Reformen einhergehen, bei denen – wie im Antrag auch zu Recht betont wird – die Interessen der Patienten und Versicherten im Vordergrund stehen.

Problematisch ist die im Antrag dargestellte Wirkung auf die Beitragsentwicklung, die durch Einführung einer Bürgerversicherung erzielt werden könnte. Sicherlich hängt es von der konkreten Ausgestaltung ab, welche Effekte tatsächlich bewirkt werden können. Fragwürdig ist es jedoch, eine Absenkung auf 10 Prozent Beitragshöhe insgesamt zu erwarten. Der überwiegende Teil der von Gesundheitswissenschaftlern seit 2003 vorgelegten Berechnungen geht davon aus, dass eine Absenkung um 1,6 bis 3,5 Beitragssatzpunkte erzielt werden könnte. Dies wäre bereits ein deutlicher Fortschritt, zumal er mit einer – im Vergleich zu heute und erst recht im Vergleich zur anstehenden Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge – gerechteren Belastung der Versicherten entsprechend ihrer individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verbunden wäre.

Die Überwindung der Trennung in gesetzliche und private Krankenversicherung ist dringend notwendig und würde auch ein Stück europäische Normalität herstellen. Die Einführung einer Bürgerversicherung, die – wie auch die jüngste Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) verdeutlicht – von zwei Dritteln der Bevölkerung in der Bundesrepublik befürwortet wird, ist ein längerfristiges Projekt, das gründlicher Vorbereitung bedarf und über verschiedene Zwischenschritte realisiert werden muss.

Ausdrücklich begrüßt wird die Forderung des Antrags, für die Pflegeversicherung ebenfalls eine Bürgerversicherung einzuführen. Dies entspricht auch den Herausforderungen der demografischen Entwicklung besser als eine weitere Privatisierung im Bereich der Pflege.